CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIe SESSION
BLOIS, 25-30 JUILLET 1927

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

# L'AUTOMATISME MENTAL

PAR

**Le Docteur Paul NAYRAC**
*de la Clinique psychiatrique de l'Université de Lille*
*Chargé de Cours à la Faculté*

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1927

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIe SESSION
BLOIS, 25-30 JUILLET 1927

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

# L'AUTOMATISME MENTAL

PAR

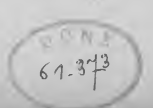
**Le Docteur Paul NAYRAC**

*de la Clinique psychiatrique de l'Université de Lille*
*Chargé de Cours à la Faculté*

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, Boulevard Saint-Germain

1927

C 1.



# L'AUTOMATISME MENTAL

## AVANT-PROPOS

Dans ce travail, qu'on nous a fait l'honneur de nous confier, nous n'avons pas cherché à faire œuvre personnelle et nous avons seulement voulu coordonner les idées que le « psychiatre moyen » (pour employer un adjectif en honneur dans le vocabulaire politique) peut se faire sur l'automatisme, après la lecture des travaux qui lui sont consacrés.

Le lecteur ne s'étonnera pas de ne trouver ici aucun index bibliographique. Il serait inutile puisque ce rapport est couplé avec celui de M. Lévy-Valensi, et qu'en prévision de ce Congrès, M. de Clérambault a pris le soin d'écrire lui-même un rapport d'une cinquantaine de pages exposant sa doctrine. Quant aux auteurs qui ont apporté leur contribution à cette étude sous la forme d'une note, d'une remarque au cours d'un article ou d'une discussion savante, nous avons voulu éviter de tomber dans l'étalage d'une érudition sans mérite, puisque limitée aux derniers tomes des périodiques, elle serait déjà énorme, et ne saurait que nuire à la clarté de l'ensemble.

Car nous avons visé avant tout à être clair, et nous espérons que nulle part nous n'avons cédé à la tentation de laisser subsister la phrase ambiguë propre aux argumentations obscures. Nous avons voulu parler le langage de la psychiatrie française classique et si nous avons introduit quelque néologisme, nous l'avons défini précisément.

⁂

Le mieux eut été d'éviter dans ces pages toute idée personnelle pour réaliser un cadre où ceux qui nous ont confié ce Rapport eussent pu placer leurs idées, sans avoir à discuter celles de leur rapporteur. Nous n'avons pu atteindre absolument ce but, quant à la dualité de nature des phénomènes automatiques, par exemple. Mais à vrai dire, cette dernière

distinction, que nous sommes peut-être le premier à exprimer formellement, « était dans l'air » des articles et des discussions. Nous n'avons fait que l'en précipiter, pensant introduire ainsi plus de clarté dans la question.

⁂

On nous accusera, peut-être, d'avoir schématisé à l'extrême. Mais la science est un compromis instable entre la diversité des phénomènes et la logique de l'esprit ; il est difficile de suivre exactement un juste milieu (1).

# I

## LES DEUX AUTOMATISMES

L'emploi par les psychiatres du mot « automatisme » est loin d'être nouveau. Mais le sens dans lequel les auteurs l'ont entendu a été fort variable et il est indispensable d'en rappeler ici les vicissitudes. Il ne s'agit nullement d'en faire un historique, mais bien de définir en nous aidant de l'opinion de nos devanciers le sujet que nous avons à traiter.

⁂

La première conception de l'automatisme en matière de psychiatrie s'affirme nettement philosophique. Elle vise à expliquer la « folie » dans son ensemble. Pour Baillarger, le fait vraiment essentiel dans la folie, c'est la perte du « libre arbitre ». Privées de ce libre arbitre, les facultés de l'esprit exercent leurs fonctions indépendamment de la volonté et c'est là le point de départ de tous les délires. Cette théorie peut se réclamer très légitimement des idées de Descartes qui, certes, ne l'eût cependant pas acceptée. Signalons que dans Baillarger « automatisme cérébral » et « cérébration inconsciente » sont à peu près synonymes.

---

(1) Notre maître, M. le Professeur Raviart, nous a aidé de son énorme documentation et de ses conseils attentifs. Nous ne saurions suffisamment exprimer ce que lui doivent notre activité en général et ce Rapport en particulier.

Aujourd'hui, tout cela paraît bien désuet. On ne peut parler scientifiquement de libre arbitre. Le mot de folie luimême n'est plus employé, car il recouvre des choses disparates et le plus souvent ce qu'il exprime se continue avec la santé mentale « par des nuances aussi indiscernables que celles du cou de la colombe ». Les médecins modernes n'ont donc pas à étudier la folie en elle-même, mais bien une foule d'états morbides différents. La conception d'ensemble de Baillarger, qu'on peut appeler celle de l'*automatisme philosophique* n'a donc plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. Nous n'y reviendrons pas.

⁂

Toute différente est celle de l'*automatisme psychologique* telle qu'elle est défendue dans les livres de M. Pierre Janet. Le célèbre psychopathologiste avait cru trouver dans les manifestations hystériques, un terrain d'étude éminemment propice de cet automatisme. Les idées ont changé sur ce point et, nous ralliant aux conclusions des mémoires classiques de M. Babinski et de M. Logre, nous considérons que l'hystérie se rattache à la pathologie imaginative selon une pathogénie encore obscure d'ailleurs, mais où l'automatisme ne semble pas jouer le rôle primordial. Cette réserve faite, il n'en reste pas moins que M. Pierre Janet, dans les premières et les dernières pages de son livre célèbre, a parfaitement posé le problème de l'automatisme psychologique.

La définition en est lumineuse : l'activité automatique c'est « l'activité humaine dans ses formes les plus simples, les plus rudimentaires ».

Ainsi défini, cet automatisme est un automatisme normal, *automatisme physiologique* pourrait-on dire. Automatisme normal, physiologique, psychologique, automatisme à la Janet, sont pour nous expressions synonymes. On remarquera que nous ne prononçons pas ici le mot d'automatisme mental. La notion d'inconscient n'est nullement nécessaire à cette conception. M. Pierre Janet l'a indiqué : « on peut admettre simultanément l'automatisme et la conscience ».

C'est surtout dans le domaine de la mémoire que se manifeste cet automatisme, par des associations qui peuvent quelquefois paraître arbitraires à l'esprit même qui les présente, si cet esprit n'a pas le génie de microscopie psychologique d'un Marcel Proust ou la subtilité du Dupin d'Edgar Poë.

Mais souvent aussi cet automatisme mnésique se double d'autres éléments, rationnels et volontaires en particulier. La volonté réfléchie qui préside à ceux de nos actes qui paraissent « libres » (parce que délibérés) laisse en somme l'esprit accomplir sans son intervention certains actes simples. La moindre observation des autres ou de soi-même en fournit des exemples.

Les fonctions les plus élevées de l'esprit humain comprennent au moins une part d'automatisme ; c'est en partie la richesse de ses éléments constituants et la logique de leurs associations qui font la décision des grands chirurgiens, l'à-propos des grands avocats, le talent des grands pianistes improvisateurs. Ainsi s'explique le caractère spontané du sens clinique des praticiens rompus au diagnostic. De cet automatisme procède mainte déformation professionnelle de l'esprit. Encore une fois, il suffit de regarder autour de soi et de réfléchir pour en multiplier les exemples.

L'automatisme existe dans toutes les circonstances où l'individu ne se se montre pas le « centre d'indétermination » (selon l'expression de M. Bergson) qu'il semble être dans l'action réfléchie. M. Bergson tend même pour n'admettre que le déterminisme mental à étendre démesurément le champ de l'activité automatique et, à considérer que la vie habituelle de l'esprit est une manifestation inférieure, automatique, la « liberté » étant réservée à de rares actes d'une certaine solennité ; enchaîner pour mieux libérer, paradoxe superbement soutenu par l'illustre philosophe.

Mais il est temps de nous rappeler que ce rapport est un rapport de pathologie. L'automatisme physiologique fait partie du fonctionnement normal de l'organisme, mais sa diminution ou son exagération sont des éléments considérables du diagnostic et de la physiologie pathologique de certaines maladies mentales. Aussi consacrerons-nous un chapitre à l'étude de cet automatisme physiologique en psychiatrie, encore qu'il diffère de l'automatisme mental au sens restreint du terme. Voulant prendre notre sujet dans sa généralité, nous ne devons pas en éliminer une partie aussi importante pour des raisons de vocabulaire. Mais il nous faut maintenant préciser ce qu'est au juste l'automatisme mental.

⁂

Quand un maniaque répond à notre question par une association par assonance sur notre dernier mot, cette manifestation, morbide du fait des circonstances, n'est pas morbide en soi. Elle émane de cet automatisme physiologique inférieur qui s'épanouit chez les faiseurs de mauvais calembours — et qui d'entre nous a toujours échappé à ce travers ? Ce malade ne présente donc là qu'une réaction du domaine de la physiologie normale à peine déformée par la maladie.

Dans la salle voisine, au contraire, un délirant chronique nous dit que cette nuit encore on lui a fait respirer du soufre en disant : « on t'aura ». Comme les veilleurs et les voisins de lit n'ont rien senti ni entendu de tel, nous concluons qu'il s'agit d'une hallucination. Revoyons le malade. Discutons son cas avec lui. Il est en confiance et nous explique avec véhémence et persuasion la certitude absolue de l'extranéité de ses sensations olfactives et acoustiques. Force nous est donc d'admettre que ces paroles traduisent l'ébranlement de certains circuits cérébraux par un avis ainsi présenté qu'il avait tous les caractères d'une odeur et d'un bruit. D'ordinaire, tel avis ne peut être envoyé que par une excitation des appareils récepteurs périphériques. Or, cette excitation n'a pas pu se produire, l'enquête le démontre. C'est donc que dans le trajet nerveux ascendant, qui va des organes des sens aux associations neuronales les plus élevées de l'axe cérébro-spinal, la machine nerveuse a agi en l'absence de son excitant normal, toute seule, semble-t-il, *automatiquement*. Comme l'enseigne depuis longtemps notre maître, il est impossible d'échapper à ce raisonnement quelle que soit la théorie médicale ou psychologique de l'hallucination à laquelle on se rallie : on ne peut le faire qu'en s'évadant dans la métaphysique.

Ce deuxième malade nous offre un exemple d'*automatisme mental*, proprement dit. M. de Clérambault a particulièrement insisté sur les phénomènes que désigne le vocable ainsi défini, et on pourrait parler d'automatisme à la Clérambault. Cet automatisme se manifeste ici surtout dans le domaine sensoriel (qu'un centre psychique supérieur ait contribué ou non à le déclencher) ; dans l'expression d'automatisme mental il faut donc prendre l'adjectif dans un sens vaguement analogue à celui qu'il a, par exemple, dans l'expression d' « anorexie mentale ». Aussi pensons-nous que, si le substantif « automatisme » est bon, le qualificatif « mental » prête à confusion. Par quel autre le remplacer ? Cet automatisme apporte

dans la psychose un élément nouveau, qui n'existe pas en psychologie normale; aussi reprenant une expression de M. Hesnard, pourrait-on l'appeler « automatisme néoproducteur ». Plus simplement l'expression d'*automatisme pathologique* l'opposera à l'automatisme physiologique.

Nous avons employé à dessein des façons de parler très « courantes » pour donner à l'automatisme une définition large. En restant dans le cas particulier de l'hallucination, il est bien évident que le système nerveux n'agit pas *sponte sua*, mais bien sous l'influence d'une excitation, mécanique ou humorale par exemple. La perception fausse résulte de l'ébranlement ectopique d'un mécanisme physiologique au demeurant normal. Mais cet ébranlement pourra être plus ou moins ectopique. Dans certains cas, nous le verrons, la distinction ne pourra être qu'artificielle entre une manifestation d'automatisme pathologique et une manifestation d'automatisme physiologique. Donc, il existe des faits intermédiaires entre les deux ordres de phénomènes, car il est des degrés dans le pathologique. La distinction générale faite ici sera sans doute susceptible de tempéraments. Nous aurons l'occasion d'en signaler nous-mêmes. Mais la discrimination subsiste pour les faits les plus fréquents et nous paraît introduire plus de clarté dans l'exposé.

⁂

Tels sont les deux automatismes que nous allons avoir à étudier à travers la pathologie mentale. Ils y joueront des rôles absolument différents qu'il faudra préciser. Embrassons dès maintenant, en un coup d'œil d'ensemble, le chemin à parcourir.

Tout est dit sur la vanité des classifications en général, et des classifications psychiatriques en particulier. Malheureusement on n'a pas encore trouvé de meilleur moyen pour donner une idée claire d'un ensemble varié.

Si nous laissons de côté les arriérations intellectuelles, nous pouvons répartir les états psychopathiques en trois catégories: deux à peu près définitives, la troisième appelée à se résoudre probablement.

1° Des *psychopathies anatomiques* généralement *acquises*, à lésions bien connues, les confusions et les démences (démences vraies, bien entendu, avec affaiblissement de plusieurs facultés intellectuelles dont la mémoire).

2° Des *psychopathies physiologiques* résultant de l'exagération de certaines dispositions normales du mécanisme psychique: la manie, la mélancolie (et leurs combinaisons), le délire de revendication, le délire d'imagination, le délire d'interprétation. Contrairement aux psychopathies anatomiques acquises, ces psychopathies physiologiques sont généralement liées à la constitution du sujet, et tiennent aux influences héréditaires, congénitales (parfois même infantiles) qui se sont exercées sur lui avant l'apparition des phénomènes psychiques. Des intermédiaires entre les psychopathies physiologiques et la santé mentale sont réalisés par ces psychopathies au petit pied que l'on nomme les diverses constitutions morbides.

3° Le délire hallucinatoire chronique et la démence précoce, psychopathies encore mal expliquées, dont les lésions sont inconnues, qui ne se rattachent pas nettement à la physiologie normale, et dans l'étude desquelles l'esprit a besoin d'une hypothèse de travail. Comme cette hypothèse nous sera précisément fournie par l'automatisme pathologique, on pourrait les appeler *psychopathies automatiques.*

D'aucuns ont pu être tentés de proclamer à leur propos la faillite des procédés biologiques de recherche. La notion que nous étudions ici nous semble pouvoir être dans ce domaine le point de départ d'une réaction contre une psychiatrie trop psychologique et pas assez médicale.

⁂

L'automatisme psychologique normal, *automatisme physiologique,* automatisme à la Janet, est, nous l'avons dit, un composant constant de toute manifestation psychique, saine ou morbide. Nous devrons donc le retrouver et l'étudier dans toutes les maladies mentales tant qu'elles n'auront pas aboli l'intelligence (chapitre II).

Quant à l'automatisme mental, automatisme néo-producteur, automatisme pathologique, automatisme à la Clérambault, le meilleur objet d'étude en sera pour nous le délire hallucinatoire chronique et les délires apparentés. Comme il s'y présente sans cause apparente, nous pouvons, dans l'état actuel de nos connaissances, l'appeler un *automatisme pathologique essentiel* (chapitre III) pour l'opposer à l'*auto-*

*matisme pathologique symptômatique,* d'un processus morbide connu par ailleurs (Chapitre IV).

Il nous restera alors à étudier comment on peut concevoir la *pathogénie* de l'automatisme pathologique, et dans quelle mesure cette notion peut éclaircir le problème encore entier de la démence précoce (chapitre V).

## II

## L'AUTOMATISME PHYSIOLOGIQUE CHEZ LES PSYCHOPATHES

Variable à l'infini chez les individus normaux, l'automatisme physiologique sera, chez les divers psychopathes, exagéré quelquefois, dévié le plus souvent, plus rarement diminué.

⁂

Les *psychasthéniques* (au sens de M. P. Janet), du fait de leur mauvaise adaptation au réel, ont tendance à laisser faire leur automatisme (énergie mentale à basse tension, selon l'heureuse expression de M. Pierre Janet), plutôt que de faire intervenir une action réfléchie. Mais, c'est surtout chez les *schizoïdes,* souvent apparentés d'ailleurs aux psychasthéniques, que l'automatisme physiologique est à étudier.

Chez ces sujets, constamment distraits du monde extérieur, on assiste à une véritable déviation progressive de cet automatisme qui, cessant d'être rectifié par une activité attentive et appliquée finit par « tourner à vide » en quelque sorte et peut aboutir dans certains cas au « rationalisme morbide » bien étudié par MM. Rogues de Fursac et Minkowski: de là, des ruminations dépourvues d'application réelle, non pas absurdes en elles-mêmes, mais inopportunes et sans rapport avec la réalité.

Heureusement, tous les schizoïdes n'en arrivent pas au rationalisme morbide, qui n'est pas loin de l'aliénation mentale. Le plus souvent, l'automatisme se manifeste chez eux par des réflexions discordantes avec l'ambiance. Les exemples en abondent dans la vie courante, et aussi chez les écrivains. En effet, les réflexions automatiques des schizoïdes sont une

source fréquente de comique. Elles réalisent au premier chef « du mécanique plaqué sur le vivant », selon l'expression employée par M. Bergson dans un Essai qui est un chef-d'œuvre ; et les auteurs ont usé, voire abusé, des distraits et des rêveurs.

Nous venons de faire allusion ici aux schizoïdes raisonneurs. Il y aurait aussi à dire sur les schizoïdes imaginatifs, au point de vue de l'automatisme physiologique; nous renvoyons à ce propos au délire d'imagination.

⁂

D'une manière générale, nous allons traiter de l'automatisme dans les psychopathies physiologiques, donc dans les constitutions qui en sont une expression réduite.

Dans la *manie,* on observe pour ainsi dire une mise à nu de l'automatisme physiologique. C'est la psychopathie de choix pour son étude. On y voit se développer des kyrielles d'associations automatiques commandées par le retentissement (sensoriel, rationnel, affectif ou autre) d'un concept sur un concept analogue ou inverse. Ces associations automatiques se font sans doute très nombreuses et très touffues chez le maniaque, mais elles ne diffèrent pas essentiellement de celles qui se produisent chez l'individu normal. Elles se traduisent en actes et en paroles à cause de l'affaiblissement du pouvoir frénateur. Les individus normaux évitent (en général) d'énoncer une comparaison désobligeante, un jeu de mot sans signification, qui se présentent à l'esprit. Ils laissent passer (du moins les privilégiés qui le peuvent) les mots d'esprit et les compliments galants. Chez le maniaque, tout sort, en un mélange où d'heureuses trouvailles scintillent au milieu d'affligeantes pauvretés.

Cette libération d'un automatisme exagéré dans la manie, n'a pas manqué d'être remarquée depuis longtemps. Déjà Baillarger, puis Ball, parlent à ce propos d'automatisme « cérébral ».

⁂

Dans la *mélancolie,* comme tous les processus psychiques, les processus automatiques sont ralentis, donc diminués. Même quand l'attention n'est pas accaparée par les ruminations inquiètes ou délirantes, une idée n'a guère tendance à

en susciter d'autres: la mélancolie tend à un monoïdéisme qui s'oppose au polyidéisme de la manie. Mais il ne faut pas prendre cette remarque générale pour une vérité absolue: des associations automatiques se font encore chez le déprimé, surtout quand elles viennent apporter un appui aux conceptions mélancoliques. Il importe de le faire remarquer car il est des souvenirs ou des idées qu'il ne faut pas déclencher chez ces malades. Prévoir certaines associations, et quand elles se sont produites éviter leur reproduction, est une règle importante de psychothérapie.

Dans les *états mixtes,* les manifestations automatiques varient du tout au tout suivant les cas d'espèce. Aucune règle d'ensemble ne peut être formulée.

⁂

Que l'automatisme physiologique joue un rôle important dans la psychologie pathologique de certains délires, cela est évident, surtout en ce qui concerne le délire de revendication et le délire d'imagination.

Dans le *délire de revendication,* l'impulsivité passionnelle est à l'origine de réactions automatiques analogues à celles de certains dégénérés irritables et impulsifs d'ailleurs sub-normaux. Dans le *délire d'imagination,* la part de l'automatisme est réelle, la pathogénie du délire échappant par essence à toute direction réfléchie puisqu'elle émane d'une faculté par définition même autonome. Le mystère de cette pathogénie ne réside pas tant dans son pourquoi que dans son comment. Comment le malade est-il amené à vivre ses créations imaginatives ? De même, comment l'hystérique présente-t-elle cette « psycho-plasticité », cette « complaisance somatique », pour ces mêmes créations ? Cela s'explique sans doute par l'intensité des représentations fictives, comme pourrait le montrer l'étude des spectateurs au mélodrame et aussi celle de certains romanciers. Alexandre Dumas pleura le jour où il fit mourir Porthos. Mais ceci nous éloigne du sujet.

⁂

Nous en venons maintenant à l'étude des phénomènes automatiques dans le *délire d'interprétation.*

Apparemment, ils y sont réduits à rien, puisqu'il s'agit d'une construction logique émanant d'un mauvais logi-

cien. Aussi la genèse de l'idée délirante n'est-elle logique qu'apparemment. Elle est précédée d'une intuition délirante, si bien que le délire interprétatif ne mérite ce nom que secondairement, étant d'abord un délire intuitif dont la morbidité résulte d'une constitution mentale défectueuse, la constitution paranoïaque, par déviation affective. Ce n'est d'ailleurs nullement spécial à la psychologie morbide. Sauf en analyse mathématique, l'esprit connaît intuitivement sa vérité avant de la démontrer. Les théories les plus solidement assises de nos jours ont souvent été d'abord senties, puis démontrées par des preuves bien faibles; si bien qu'il y aurait un paradoxe amusant à écrire « sur l'interprétation délirante dans la pensée normale » et les exemples ne manqueraient sans doute pas.

Nous considérons donc que l'intuition fait partie de l'automatisme physiologique. Bien entendu elle peut coexister avec l'automatisme pathologique (et M. de Clérambault la considère comme faisant partie des « phénomènes diffus qui accompagnent l'automatisme mental »). Mais en elle-même, elle est physiologique, ne fait que continuer la vie mentale normale et cela explique que tous les intermédiaires existent entre l'homme sain d'esprit et le grand interprétateur.

M. Petit qui dans sa thèse (et avec Mignard) a signalé l'automatisme des interprétateurs, en a utilisé la notion pour unir en une pathogénie d'ensemble le délire hallucinatoire chronique et le délire d'interprétation. Ces deux délires présentent tous deux des manifestatios automatiques, mais celles qui créent les hallucinations ont, nous l'avons dit, un caractère néoformant qui les sépare résolument de la psychologie normale seulement déviée dans les interprétations délirantes. Cette différence, M. Petit l'avait d'ailleurs probablement vue, en écrivant que dans l'hallucination « l'automatisme est d'un caractère moins subtil et plus tangible »; mais ce qu'on appelait en 1912 délire hallucinatoire chronique, était, nous le savons par les travaux de M. de Clérambault, pour quelquefois plus de moitié un délire d'interprétation, ce qui justifie amplement un rapprochement intuitif des deux maladies mentales (1).

⁂

(1) Dans notre travail inaugural, nous avons aussi soutenu qu'il n'y avait pas de différence essentielle entre le délire d'interprétation et le délire

Une classe de paranoïaques est intéressante: c'est celle des *paranoïaques influencés.* Nous aurons à montrer plus loin que le délire d'influence est souvent à base d'automatisme pathologique pur ou mêlé d'interprétations; mais certains influencés sont uniquement des interprétateurs, qui rapportent à une influence étrangère leur automatisme physiologique dont ils sont mécontents. M. Ceillier a insisté récemment sur ces délires d'influence à base d'interprétation « d'actes automatiques simples non incoercibles et non réductibles d'emblée »; « ce sont des actes commis dans un moment de distraction, de colère, de maladresse, d'excitation (souvent maniaque) et que le sujet interprète secondairement comme lui ayant été imposés ». On ne saurait mieux dire. M. Logre a parlé à ce propos de « paranoïa introspective » et cela nous paraît parfaitement justifié. M. Ceillier ne partage pas cette opinion et pense que si un maniaque par exemple cherche l'explication des troubles qu'il présente, « il est nécessaire qu'il invoque une cause extérieure, indépendante de lui-même ». Cela ne nous paraît nullement nécessaire puisque l'expérience démontre que la proportion de maniaques influencés est faible, même parmi ceux qui veulent comprendre ce qui se passe en eux. M. Ceillier n'admet de constitution paranoïaque que celle qui « saute aux yeux ». Peut-être est-il un peu exigeant. Il faut être un grand paranoïaque pour interpréter dans le sens d'une influence un fait absolument banal comme une maladresse; mais de simples tendances paranoïaques suffisent pour mener à l'interprétation délirante d'un accident en somme inhabituel, comme la manie.

Nous ne signalons ici qu'une catégorie de syndromes d'influence. Nous aurons à reparler plus loin de l'idée d'influence en général.

⁂

Jusqu'à présent nous nous sommes occupés des variations et des déviations de l'automatisme normal dans les psychopathies physiologiques. Dans les *psychopathies anatomiques,*

---

hallucinatoire. Nous avons modifié sur ce point notre façon de voir, sous l'influence de cette conception : le délire de Lasègue-Falret-Magnan est une psychose mixte. Ce délire a des rapports avec le délire d'interprétation. Le délire hallucinatoire pur, non.

si nous laissons de côté les cas où elles se compliquent d'automatisme pathologique symptomatique, l'atteinte de l'esprit se traduit, avant tout, par une diminution de l'activité mentale supérieure, qui a d'abord pour résultat une certaine libération de l'automatisme physiologique; mais, des lésions plus profondes ou plus étendues peuvent amener, secondairement ou d'emblée, une diminution plus ou moins importante de l'automatisme lui-même, diminution qui peut aller jusqu'à l'abolition presque complète de toute activité mentale. Cela est schématiquement vrai des confus comme des déments. Signalons rapidement certaines manifestations automatiques confusionnelles ou démentielles qui ont acquis en clinique psychiatrique une importance prépondérante.

⁂

Un *confus* continue à vivre sa vie habituelle dans son lit d'hôpital, parlant, faisant des gestes comme dans l'exercice de sa profession. On appelle cela le délire professionnel. Ce terme est tout à fait exact quand cette activité du malade a pour base des hallucinations (automatisme pathologique). Mais quelquefois aussi, sans hallucinations, il s'agit seulement d'une libération de l'automatisme physiologique, d'ailleurs inférieur, surtout moteur et verbal. Le mot de délire (trop souvent appliqué à la légère, même par des aliénistes avertis) ne semble pas convenir ici. Nous parlerons plutôt d'*activité professionnelle automatique.*

Le diagnostic de cette activité professionnelle automatique avec le délire professionnel proprement dit n'est pas toujours facile et d'ailleurs les deux phénomènes peuvent se combiner. Les soldats confus dans les hôpitaux de guerre tenaient souvent des propos belliqueux qui pouvaient indifféremment provenir d'un automatisme pathologique hallucinatoire, d'un automatisme physiologique professionnel, ou des deux à la fois.

C'est encore à l'automatisme physiologique qu'il faut rattacher les manifestations procursives des confusions mentales émotives dans les grandes catastrophes et bien d'autres symptômes confusionnels.

Ceci nous amène à parler de certaines formes d'activité mentale constatées lors des équivalents *épileptiques* dont notre maître, dans son enseignement, souligne volontiers les

nombreux rapports avec la confusion mentale. Là encore, les centres les plus élevés sont inhibés et grâce à un automatisme physiologique souvent fort cohérent le malade part, voyage, vole, tue, etc...; et, après guérison du paroxysme, il est difficile à un profane d'imaginer que tout cela ait pu se passer en dehors de la volonté.

D'ailleurs chez l'épileptique, l'état mental habituel porte la marque d'une exagération des phénomènes automatiques. Son impulsivité, son irritabilité sont bien connues. Il faut lire à ce sujet un article de M. Freemann dans l'*Encéphale* de 1924 sur la rigidité de décérébration. On y trouvera sinon des démonstrations, du moins des hypothèses séduisantes sur la physiologie des manifestations épileptoïdes.

⁂

L'automatisme physiologique persiste dans le tableau clinique des *démences* au début. Sans doute il en est qui s'avèrent d'emblée massives même dans l'atteinte de l'automatisme; mais en général c'est un fait bien connu que le paralytique général ou le dément sénile « font illusion », « gardent la façade » un certain temps. Souvent on voit, même dans les milieux les plus instruits, la famille assister atterrée à l'examen médical qui met en évidence un déficit intellectuel dont elle ne soupçonnait pas la profondeur grâce à la persistance des phénomènes d'automatisme physiologique.

Cette réduction à l'automatisme de la vie mentale au début de la démence, se retrouve à un degré moindre dans les signes prémonitoires de l'affaiblissement sénile, sous la forme de cette aversion méfiante pour les nouveautés, connue en sémiologie sous le nom de misonéisme.

⁂

La vie mentale des psychopathes est un monde encore plus grand que ne l'est celle des individus normaux. C'est dire que ces développements sur l'automatisme physiologique en psychopathologie pourraient s'étendre à volonté. Contentons-nous d'avoir posé quelques jalons, cité quelques exemples; et souhaitons que la discussion du Congrès nous apporte sur ce sujet de nombreux documents et des idées nouvelles.

III

## L'AUTOMATISME PATHOLOGIQUE « ESSENTIEL »

« Ça a commencé l'année dernière, M. le Docteur; on a commencé par dire : gare, gare. Gare, gare, M. le Docteur, qu'est-ce que ça veut dire ? On le disait la nuit, le jour aussi, surtout quand je me mettais à table. J'ai cherché d'où ça pouvait venir et je n'ai pas trouvé. Ma fille m'a dit: « Ne le répète pas, maman, on dirait que tu es folle ». Mais, M. le Docteur, ce que j'avais, ça n'était pas entendre des voix, c'était un peu loin, mais tout à fait comme une vraie. Gare, gare. Et puis on a dit ce que je faisais: mange, mange, et puis: coucher, et des choses que je n'oserais pas répéter. »

« Des insultes, non, M. le Docteur, mais on disait tout ce que je faisais, alors, n'est-ce pas... »

« Je ne sais pas, pas du tout qui c'est, M. le Docteur. Je n'ai pas d'ennemis. Vous pouvez demander au garde. Mais j'ai crié après le propriétaire, il ne devrait pas permettre ça. »

« Oh, sûrement pas le Bon Dieu, M. le Docteur. Non, c'est bien comme une personne, mais je ne sais pas qui. »

« Dans la tête ? Mais non, c'est qu'on parle, quoi. »

« Bien sûr, j'aurais dû m'en moquer, mais à force, à force, on est énervé... »

⁂

Tous les psychiatres ont dans leurs cartons des observations analogues à celle-ci: une femme sans aucun antécédent héréditaire ni personnel bien remarquable, sans stigmates dégénératifs nombreux ni accusés, vers la quarantaine, change de caractère, devient irritable, tient des propos bizarres, enfin se lève la nuit et court en criant à travers la maison. La famille demande son placement, et dans le service d'observation, la malade tient les propos que nous venons de rapporter.

Le diagnostic de délire hallucinatoire n'est pas douteux, mais on voit que le tableau clinique présenté n'est pas exactement celui de la maladie de Lasègue-Falret-Magnan, puique

la période des interprétations (qui précède classiquement l'apparition des phénomènes sensoriels) manque.

Or, il ne s'agit pas là d'une simple vétille de nosologie.

En effet, la théorie classique tend depuis Magnan à considérer l'hallucination comme une manifestation « induite » dans l'esprit du malade par son affectivité déjà délirante, c'est-à-dire à lui donner une origine psychique. Sans doute, certains continuent à se réclamer des disciplines biologiques, en déclarant que bien entendu tout cela dérive d'une perturbation organique ; mais ceci posé, ils se bornent le plus souvent à faire réagir à leur fantaisie les unes sur les autres les diverses facultés de l'esprit. Il suffit de parcourir les derniers tomes des périodiques neuropsychiatriques pour voir combien les recherches actuelles sont orientées vers des explications purement psychologiques... et pas toujours intelligibles.

Or souvent, le délire existe avant les hallucinations. Mais dans certains cas qui ne sont pas rarissimes, on voit comme chez la malade dont nous venons de parler, les hallucinations précéder le délire et comme le remarque Michelet pour l'histoire : « Le rapport de conséquence de deux faits ne prouve évidemment pas que le second résulte du premier, mais il prouve au moins que le premier ne résulte pas du second. » On peut même aller plus loin, dans le cas dont nous nous occupons, et dire qu'on y saisit comment la répétition des hallucinations finit par imposer un délire à une femme qui n'avait aucune tendance naturelle aux idées de persécution. Le phénomène sensoriel est d'ailleurs apparu dans l'esprit normal, comme un éclair dans un ciel pur, et vraiment on ne voit pas quelle explication psychologique convenable pourrait être imaginée, d'autant plus que l'hallucination a ici et souvent un caractère d'absurdité, d'incongruence incompatible avec une tendance délirante préétablie.

Nous pouvons donc souscrire entièrement à l'opinion de M. de Clérambault : chez des malades tels que la nôtre, « l'idée délirante est la réaction d'un intellect et d'une affectivité, l'un et l'autre restés sains à l'automatisme surgi spontanément et surprenant le malade en pleine période de neutralité affective et de quiétude intellectuelle » (1). Depuis

(1) Nous nous excusons auprès de M. de Clérambault d'altérer son texte en trois points. D'abord, en supprimant deux restrictions (« sauf réserves conciliables avec notre théorie » et « dans la plupart des cas ») qui deviennent inutiles dans notre texte, de portée réduite par rapport à celui

plus de vingt ans d'ailleurs, MM. Sérieux et Capgras ont dit : « l'halluciné subit son délire qui lui est imposé en quelque sorte par l'automatisme de ses centres sensoriels ».

Un autre fait intéressant dans le même ordre d'idées : le délire qui résulte des hallucinations n'est pas toujours un délire de persécution. Il est quelquefois agréablement mystique, par exemple, et le malade expose avec bienveillance, sans la moindre hostilité, ses idées délirantes. Chez le paranoïaque, au contraire, le délire ne peut guère être qu'un délire de persécution, par définition pourrait-on dire.

⁂

Il est cependant des cas incontestables où les hallucinations se présentent à un esprit déjà délirant : la psychose de Lasègue-Falret-Magnan en est le meilleur exemple. Mais il n'est pas prouvé que les phénomènes sensoriels résultent de l'état délirant antérieur. Il est possible que nous ayons affaire à l'addition de deux éléments : délire d'interprétation et automatisme pathologique. Ces combinaisons morbides sont plutôt la règle que l'exception en clinique mentale et la théorie de M. de Clérambault (la psychose de Lasègue-Falret-Magnan, psychose mixte), nous semble une vue particulièrement féconde.

On nous objectera que l'association interprétativo-hallucinatoire est plus fréquente que l'hallucination simple, et que dès lors, il faut bien reconnaître que l'hallucination florit surtout chez les sujets déjà délirants. Mais est-on bien sûr que l'association soit le cas le plus fréquent ? Nous n'examinons pas en général les malades à l'extrême début de la maladie, et pour notre part, nous n'avons vu qu'exceptionnellement un interprétateur pur verser dans le délire hallucinatoire. Et l'on ne peut se fier aux familles sur ce point, car souvent selon une remarque de notre maître, les malades racontent leurs interprétations et taisent leurs hallucinations.

On dira : « les hallucinés à la période d'état interprètent toujours ». Mais l'interprétation délirante, nous l'avons dit, n'est morbide que parce que des intuitions la mettent au ser-

---

de l'auteur. Ensuite, en écrivant « automatisme » au lieu de « troubles de l'automatisme ». Mais ce que nous avons dit des deux automatismes rendrait cette dernière expression obscure.

vice d'une affectivité constitutionnellement déviée, d'une constitution paranoïaque. Or, il n'est pas besoin d'être paranoïaque pour interpréter. L'interprétation, même délirante, n'est nullement pathognomonique de la paranoïa. Tout le monde interprète ; *a fortiori* un halluciné, élaborant un corps de doctrine destiné à expliquer un stock important de phénomènes contradictoires, qui s'imposent à lui avec la rigueur de faits expérimentaux. Quoi d'étonnant à ce que ces constatations étranges ne puissent s'incorporer à une explication plausible qu'au prix de quelques concessions au détriment d'une logique rigoureuse ? C'est ainsi que nous voyons dans certains cas l'hallucination, loin d'être l'effet de l'interprétation, en être la cause.

On nous objectera aussi les hallucinations épisodiques rarement présentées par presque tous les interprétateurs. Mais à y regarder de près, ces hallucinations, souvent visuelles, résultent d'un automatisme pathologique, symptomatique d'un état confusionnel, ou subconfusionnel auto ou exo-toxique.

Enfin, nous ne prétendons nullement que la coexistence de la paranoïa et des hallucinations dans la psychose de Lasègue-Falret-Magnan soit une simple coïncidence. Les paranoïaques le sont du fait d'une constitution défectueuse, et nous verrons que l'automatisme pathologique, s'il peut être acquis, n'est pas pour cela toujours indépendant des facteurs constitutionnels. On peut être paranoïaque et halluciné, de même qu'on peut être paranoïaque et hérédo-ataxique cérébelleux, les deux troubles nerveux associés dérivant par des pathogénies différentes d'une même cause, mais n'étant unis par aucun rapport direct l'un avec l'autre.

⁂

D'autres faits nous montrent encore plus nettement que l'hallucination est un phénomène étranger à la vie mentale proprement dite : nous voulons parler des cas où elle ne s'accompagne d'aucun délire, des cas d'*hallucinose*. A prendre le mot au sens large, nous aurions dû parler plus loin d'hallucinoses symptomatiques. Ici, nous ne considérons que l'hallucinose au sens restreint. M. de Clérambault la décrit ainsi : « Le sujet n'est ni mécontent, ni inquiet ; il est même souvent euphorique ; les phrases entendues ne sont pas l'aboutissant d'une cogitation personnelle subconsciente, car elles sont

dénuées d'unité, leur répertoire thématique est imprévu, indifférent, chaotique, non orienté vers le sujet, et encore moins dirigé contre lui. Des voix diverses émettent des phrases sommaires, sans lien entre elles, ou faiblement complémentaires, pauvrement thématiques, ne visant pas le sujet, portant sur des données qui ne l'intéressent pas, rejetant et reprenant ces données sans jamais les traiter à fond. Le sujet peut se croire branché sur un réseau téléphonique où plusieurs conversations se croisent. »

Cette hallucinose peut persister telle quelle, assez longtemps, voire indéfiniment. Mais le plus souvent elle aboutit au bout de quelques années, au délire hallucinatoire. On peut même dire que le délire hallucinatoire pur, commence nécessairement par une phase d'hallucinose. Mais cette phase est très diverse selon les cas : elle peut être très courte, difficile à retrouver, elle peut aussi s'avérer nette à l'examen, comme dans le cas cité au début de ce chapitre.

Plus démonstratifs encore sont les cas *d'hallucinations conscientes*. Nous en avons observé plusieurs. La plupart du temps, il s'agissait de sujets qui côtoyaient sans cesse le délire hallucinatoire chronique et souvent y tombaient.

Par exemple, un homme très instruit, intelligent, bienveillant, présente depuis de nombreuses années des hallucinations auditives qu'il appelle des hallucinations. Il s'en plaint, les juge importunes, demande qu'on l'en débarrasse. Mais certains jours, il est moins ouvert, semble inquiet et montre, par son comportement, que ses hallucinations lui ont imposé quelque idée délirante. Son caractère change alors et s'altère. Quelques jours après, tout rentre dans l'ordre.

Une paranoïaque est persécutée déjà depuis un an par une voisine. Apparaissent chez elle des phénomènes sensoriels. Elle les appelle : « mes hallucinations », mais les interprète comme le résultat d'une anémie cérébrale provenant elle-même des soucis que lui cause la persécutrice.

En somme, ces hallucinés conscients considèrent leurs hallucinations comme un algique considère son algie. Dans la littérature de l'hallucinose on note des faits intermédiaires entre l'hallucination consciente et l'inconsciente. Dans les deux observations *princeps* de MM. Séglas et Cottard, ainsi que dans le cas de Lélut, la conscience de la morbidité existait nettement ; et depuis, de tels exemples se sont multipliés.

La diversité des relations possibles entre l'hallucination et

l'état mental n'est explicable qu'en faisant de l'hallucination un fait pathologique surtout extra-psychique, psychique seulement à son *terminus,* comparable à une douleur. Vouloir faire venir l'hallucination d'un état mental, c'est se condamner à n'expliquer qu'une catégorie de phénomènes, au détriment des autres.

⁂

Nous venons de voir s'édifier diverses constructions psychopathiques sur un automatisme pathologique auditif. Nous avons choisi cet automatisme pour fixer les idées, et parce que c'est peut-être le plus fréquent, du moins le plus immédiatement observable. Mais on peut constater aussi qu'il existe chez les hallucinés essentiels d'autres phénomènes d'automatisme pathologique *sensoriel ou sensitif.* On peut noter aussi de l'automatisme *moteur.* Enfin, il faut décrire un automatisme pathologique plus difficile à mettre en évidence qui aboutit à la production non pas de sensations ni de mouvements, mais d'idées, ou plus généralement de manifestations psychiques. Ce dernier automatisme nous devrions l'appeler automatisme psychique, mais ce terme prêterait à confusion et nous lui préférerons celui *d'automatisme supérieur* (1).

Tous ces automatismes sont le plus souvent associés, voire intriqués, mais peuvent exister isolément. Il est possible, en partant des plus simples, de voir l'analogie de nature qui les relie aux plus complexes. Ils ne sont que des formes cliniques du grand syndrome d'automatisme pathologique essentiel.

⁂

L'automatisme *sensitivo-sensoriel* est, nous l'avons dit très souvent, auditif. Il est aussi fréquemment olfactif, c'est un point sur lequel il n'est pas utile d'insister. De même, il peut être gustatif.

Mais l'automatisme visuel essentiel mérite une mention spéciale.

Longtemps on a cru que les hallucinations visuelles, si fréquentes dans l'automatisme symptomatique, étaient autant

(1) C'est à cet automatisme pathologique supérieur, qu'on devrait en bonne logique réserver le nom d'automatisme mental. Nous n'avons pas voulu proposer de le faire, pour ne pas compliquer encore la terminologie.

vaut dire inexistantes dans les psychoses hallucinatoires chroniques (1). Cette opinion, à très juste titre, n'est plus admise aujourd'hui. Sans doute, parmi les « visions » accusées par les automatiques essentiels, d'assez nombreuses peuvent être mises sur le compte d'une intoxication ou d'une infection surajoutée. D'autres résultent d'une illusion, d'une interprétation de jeux d'ombre et de lumière, surtout nocturnes : elles se produisent surtout chez les persécutés. D'autres enfin, qui existent chez les excités mystiques, souvent peu ou pas persécutés, ont bien le caractère hallucinatoire quand on interroge minutieusement le malade et sont décrites avec précision. Presque toujours pourtant, ces phénomènes visuels sont nettement isolés par le malade de la réalité courante : ils ne se fondent pas avec l'ambiance, mais se surperposent plutôt à elle. Le plus souvent ils manquent de relief, quelquefois de couleur, de mouvement. Les malades les comparent à un tableau, à une photographie, à une projection ; souvent à un spectacle cinématographique. C'est là un caractère important de l'automatisme visuel essentiel, mais il n'empêche nullement que les malades ressentent vivement le caractère d'extranéité de ce qu'ils appellent eux-mêmes leurs visions.

C'est pourquoi nous ne pensons pas qu'on puisse faire de ces manifestations une simple représentation imaginative, projetée au dehors. C'est une hypothèse subtile à soutenir et d'ailleurs inutile. Les automatiques essentiels auditifs notent souvent que leurs voix diffèrent des voix normales : voix plus faibles, voix de téléphone, etc. Ce qui est fréquent pour l'audition, est presque la règle pour la vision, sans qu'il faille faire intervenir un processus psychologique, difficile à saisir.

⁂

Dans le domaine de la sensibilité cutanée, l'automatisme essentiel n'est pas rare, sous la forme de brûlure, piqûre, pincement, etc., mais il est généralement associé à l'automatisme cœnesthésique, sensations étranges, électriques, zoologiques, démoniaques, inexprimables, etc., que le malade rapporte à ses viscères. Là encore, il convient de distinguer : bien des

---

(1) L'hallucination visuelle est moins fréquente que l'auditive (ou semble telle) parce que, plus que cette dernière, elle est annihilée par les perceptions normales simultanées.

cœnesthopathies sont symptomatiques d'affections viscérales : on « travaillait » dans la poitrine d'une de nos malades qualifiée de cœnesthopathe jusqu'au jour où la clinique nous permit de constater les premiers signes d'une tuberculose pleuro-pulmonaire. Des viols hallucinatoires furent chez une malade de M. de Clérambault le premier symptôme d'un néoplasme utérin. On pourrait multiplier les exemples. Nous nous demanderons plus loin quelles sont alors les limites entre l'interprétation et l'hallucination, mais quoi qu'il en soit, il s'agit tout au plus, en ce cas, d'automatisme symptomatique.

Ceci dit, il existe cependant des cas de cœnesthopathies chroniques qui sont bien essentielles, en ce sens que, après une longue évolution, ni la clinique ni l'anatomie pathologique n'ont montré de grosses lésions susceptibles d'avoir été le point de départ des hallucinations (nous ne parlons pas ici, bien entendu, de fines lésions histologiques du système sympathique par exemple). De tels tableaux cliniques méritent bien le nom d'automatisme cœnesthésique essentiel.

Une dernière variété d'automatisme sensitivo-sensoriel nous est donnée par l'automatisme kinesthésique comme nous l'appelons habituellement d'après M. Séglas : le sujet se sent faire un mouvement, presque toujours articuler des paroles ou écrire des mots, pendant que ses muscles restent immobiles (1). Comme l'étrangeté du phénomène est évidente, il se crée immédiatement des conceptions délirantes absolument extravagantes.

Dans sa forme pure, l'hallucination kinesthésique s'avère donc nettement sensitive. Or, il arrive souvent que les mouvements perçus ne sont pas absolument inexistants, mais bien ébauchés, de façon à peine perceptible. Ce sont là des faits mixtes, faits de transition, qui unissent les hallucinations sensitives à l'automatisme moteur.

⁂

*L'automatisme moteur* pur est un phénomène assez rare : Le malade fait des gestes, accomplit des actions qu'il n'a pas voulues, auxquels il assiste comme un bravais-jacksonien

---

(1) Il semble qu'il existe aussi des phénomènes d'automatisme kinesthésique qu'on pourrait peut être appeler négatifs : une malade de notre maître, spécifique quasi-normale mentalement, se plaint d'une sensation pénible de légéreté.

assiste à ses phénomènes clonico-toniques. Souvent ces actions sont complètement absurdes. Une de nos automatiques, ni paranoïaque, ni réticente, présentait un délire encore vague lorsqu'un jour elle constata qu'on lui faisait accomplir les gestes du prêtre officiant, sans l'intervention d'aucun ordre auditif, d'aucune prémonition. Pendant deux ou trois jours elle chercha en vain le pourquoi de cet acte absurde, et finit par en déduire, sans conviction bien profonde d'ailleurs, qu'elle était peut-être la fille d'un prêtre.

Mais il est difficile d'observer avec précision de tels faits. Le plus souvent l'automatisme moteur se mêle intimement à l'automatisme sensitivo-sensoriel ou à l'automatisme supérieur. Avec l'automatisme sensitivo-sensoriel, la combinaison la plus courante est celle-ci: un ordre est donné par l'automatisme auditif, et exécuté irrésistiblement par l'automatisme moteur. Mais il y a des associations plus complexes; une malade sent dans son larynx sa persécutrice: automatisme cœnesthésique; celle-ci lui donne la sensation que sa bouche parle: automatisme kinesthésique; elle parle réellement en se servant de la bouche de la malade : automatisme moteur verbal. Encore faudrait-il ajouter à ces trois facteurs intriqués un élément d'automatisme supérieur non négligeable.

L'automatisme moteur, de plus, n'a souvent pas le caractère positif que nous venons de décrire. Il peut être négatif ou mieux inhibiteur. Fréquemment, les malades se plaignent qu'on les empêche d'accomplir tel geste, telle action et surtout de prononcer telle parole. Les persécuteurs arrêtent quelquefois ainsi les confidences au moment le plus intéressant.

***

Enfin l'*automatisme pathologique, psychique ou supérieur*, bien connu depuis les leçons de M. Séglas et la thèse de M. Lévy-Darras, offre à l'étude des manifestations bien curieuses. Il est difficile d'en donner une définition d'ensemble, car il s'agit de faits saisissables surtout par une description anecdotique. Nombre de pseudo-hallucinations appartiennent à cette classe de phénomènes automatiques que nous ne connaissons que par les détails donnés par les malades, le plus souvent médiocrement entraînés à l'introspection psychologique. Mais en général on peut dire qu'ils expriment leur

automatisme supérieur comme la sensation qu'une partie de leurs fonctions mentales leur échappe, agit toute seule, semble-t-il, automatiquement, en dehors de la ligne directrice tracée par le Moi conscient (c'est à dessein que nous employons ce langage psychologique, pour nous tenir près de la vérité clinique, puisque les malades n'ont que ce langage à leur disposition). M. Logre donne l'excellente définition qui suit : « C'est alors cette donnée immédiate de la vie intérieure, le sens de la liberté de pensée et d'action qui paraît initialement atteint. »

On peut subdiviser à l'infini ces manifestations d'automatisme supérieur, un peu artificiellement peut-être, car il convient de n'accorder qu'une confiance contrôlée à l'introspection des psychopathes.

Cependant, il n'est pas douteux que bien des psychopathes à automatisme essentiel accusent des anomalies de leur fonctionnement mental telles que : sensations de dédoublement de la personnalité, sensations que telle idée, tel sentiment est étranger au courant de la vie mentale propre du sujet (et le plus souvent imposé par une volonté extrinsèque). C'est ainsi que l'intuition, l'intuition délirante dont nous parlions plus haut, en particulier, est souvent une manifestation d'automatisme pathologique supérieur : « Dieu m'a fait comprendre qu'il fallait que je sauve le pays. Il me l'a dit par une voix sans paroles, par une communication d'esprit à pensée, etc. » Le sentiment de l'automatisme supérieur peut aussi être exprimé par les phénomènes de devinement ou de vol de la pensée, soit que le malade ait connaissance des pensées d'autrui, soit qu'une autre pensée introduite dans la sienne ait connaissance de tout ce qui s'y passe. Il faut lire sur le devinement l'article si documenté de M. Heuyer.

Il existe aussi des phénomènes négatifs dans l'automatisme supérieur, et les malades se plaignent souvent « qu'On leur fait oublier les choses », « qu'On les empêche de penser », « qu'On fatigue leur esprit », etc. Quelquefois aussi, un automatisme négatif s'associe à un automatisme positif pour réaliser la substitution de pensée, par exemple.

Nous l'avons dit, plus haut, il faut bien entendu faire dans chaque cas le départ entre l'automatisme pathologique vrai et l'interprétation délirante de l'automatisme physiologique ou de phénomènes d'affaiblissement intellectuel au début; mais il n'en reste pas moins vrai que, cette critique faite,

l'existence de l'automatisme pathologique supérieur ne semble pas contestable.

Son existence isolée ne nous semble pas fréquente. Le plus souvent il s'associe aux automatismes moteur et sensitivo-sensoriel. A cet égard, le phénomène d'observation courante le plus typique est l'écho de la pensée : le malade entend énoncer ses propres jugements, ses propres intentions, quelquefois même avant que lui-même en ait conscience. On peut aussi faire entrer dans l'écho de la pensée la constatation hallucinatoire auditive des actes du sujet.

***

Ces faits d'automatisme supérieur ne répondent à rien de ce que nous sommes habitués à ressentir. Il n'est donc pas étonnant de les voir presque toujours rapportés à « l'action extérieure » (pour employer l'expression de M. Claude) d'une personnalité étrangère. Le syndrome d'influence tire souvent son origine de l'automatisme supérieur sans qu'il soit besoin d'y adjoindre une constitution paranoïaque : tout comme pour l'hallucination auditive, le malade non interprétateur pourrait théoriquement s'en tenir à l'hallucinose ou même l'hallucination consciente. Mais il faut bien convenir que, plus encore que pour les phénomènes auditifs, l'étrangeté des sensations impose au malade l'interprétation exogène ; interprétation ne signifie pas paranoïa, et il n'est point besoin d'être paranoïaque pour interpréter de façon délirante un symptôme aussi étrange que l'automatisme pathologique psychique ou supérieur.

***

Pour terminer, signalons que pour M. de Clérambault, cet automatisme est le phénomène fondamental dans les psychoses hallucinatoires essentielles en général ; l'automatisme auditif, par exemple, en dériverait pathogéniquement ; aussi M. de Clérambault appelle-t-il automatisme basal un ensemble symptomatique fait surtout d'automatisme supérieur. D'ailleurs cet auteur critique maintenant activement le terme d'automatisme, et cherche pour s'exprimer des néologismes (mentisme, syndrome de passivité, etc...) que, pour notre part, nous trouvons obscurs et auxquels nous préférons réso-

lument l'expression d'automatisme, parfaitement claire aujourd'hui.

Quant au lien pathogénique qui peut unir les automatismes sensitivo-sensoriel et moteur à l'automatisme supérieur, ce n'est pas ici le lieu d'en discuter. Indiquons seulement ce fait clinique que chez les hallucinés intelligents et confiants on le rencontre très fréquemment dans les premières manifestations de la psychose, en particulier sous la forme d'écho ou de vol de la pensée. Mais pas toujours; même en faisant abstraction des malades trop débiles pour exprimer certaines nuances, ou trop réticents. Ce point sera discuté plus avant au chapitre V.

## IV

## L'AUTOMATISME PATHOLOGIQUE SYMPTOMATIQUE

Les psychoses à base d'automatisme essentiel nous ont fourni un matériel d'étude particulièrement commode et démonstratif. Mais les faits d'automatisme pathologique ne leur appartiennent pas en propre. Ils se rencontrent aussi à titre symptômatique dans d'autres états morbides qu'il convient d'étudier parce que nous pourrons en retirer des renseignements étiologiques.

⁂

Une question préjudicielle, en quelque sorte, est celle-ci : l'automatisme que nous appelons pathologique peut-il s'observer à l'état normal ? A cette question, nous répondons par la négative. Sans doute, il n'est guère d'homme sain qui n'ait présenté quelque hallucination visuelle ou auditive, souvent d'ailleurs consciente, même en éliminant les illusions de la pénombre qui sont fréquentes. Mais à bien étudier de près ces phénomènes hallucinatoires, on remarque toujours qu'ils sont en rapport avec une intoxication accidentelle, telle que la fatigue ou qu'une digestion troublée. C'est ce qu'exprimait l'Anglais de l'histoire au fantôme qui se présentait devant lui : « Vous, Monsieur, je vous connais : vous êtes le beafsteack que j'ai mangé à dîner ».

Resterait sur ce point à parler aussi de l'état de rêve. Peut-être, en effet, l'esprit se rapproche-t-il alors de l'automatisme pathologique. Mais l'étude vraiment scientifique du rêve est à peu près inexistante à l'heure actuelle et nous ne pouvons former sur ce sujet que des hypothèses absolument gratuites.

L'automatisme supérieur a-t-il son analogue dans la pensée saine ? Nous ne le pensons pas. Pourtant M. de Clérambault dit que de tels phénomènes existent normalement « à l'état naissant », mais se neutralisent les uns les autres : « les négatifs sont les ratés, les positifs sont les déchets de la pensée normale ». Il s'agit d'une formule didactique plus que d'une expression rigoureuse. L'auteur paraît l'avoir senti et a placé en correctif : « Les analogies d'aspect entre normal et pathologique n'impliquent pas forcément une identité causale. »

C'est dans la pathologie, et dans la pathologie seulement, que nous observons nettement cet automatisme, ainsi légitimement appelé pathologique.

⁂

Nous ne le trouverons que peu dans les psychopathies physiologiques, dans la *manie* et la *mélancolie* en particulier (1). Sans doute, dans ces deux psychoses les idées d'influence ne sont pas rares, mais le plus souvent, elles résultent de l'interprétation erronée de l'automatisme physiologique. Pourtant, il arrive que l'on note dans la manie un automatisme pathologique assez net, soit sous forme d'hallucinations auditives, soit, surtout, sous forme d'automatisme supérieur. M. de Clérambault insiste sur les hallucinations psychiques dans la manie, mais il indique combien leur diagnostic est difficile à affirmer. Les maniaques sont gens pressés, ils ont beaucoup de choses à dire, et quelquefois emploient des formules synthétiques qui semblent révéler un automatisme pathologique impossible à faire préciser, car la pensée du malade est déjà bien loin.

Dans la mélancolie, l'automatisme pathologique vrai est rare, et généralement de pronostic fâcheux, comme par exemple dans le syndrome de Cottard. Nous avons cependant l'observation d'un malade qui se disait « Mahomet, le bacille

---

(1) Voir à ce sujet les travaux récents de MM. Logre et Heuyer, Codet, Ceillier, etc.

éternel », affirmait n'avoir plus d'estomac, et sentir ses aliments passer dans sa boîte crânienne ; ce malade, instruit, avait d'ailleurs conscience de l'absurdité de son automatisme cœnesthésique. Il guérit complètement.

Dans les *délires chroniques* de revendication, d'imagination, d'interprétation, il peut exister, tout comme chez les sujets normaux, de rares épisodes, très fugitifs, d'automatisme pathologique, d'ailleurs sans importance. Il se peut agir aussi de grandes constructions hallucinatoires, mais alors le délire s'est compliqué de confusion. Il en est de même dans les bouffées délirantes des dégénérés, mélange de psychose maniaque dépressive et de confusion.

Dans les psychopathies anatomiques, au contraire, nous allons rencontrer fréquemment l'automatisme pathologique en manifestations d'observation facile, stables et tout à fait indiscutables.

⁂

Les *confusions mentales* sont, à coup sûr, le terrain de choix pour l'étude de l'automatisme symptomatique, en particulier, sous sa forme sensitivo-sensorielle. Et comme justement certains de nos contemporains recherchent volontiers le syndrome confusionnel en absorbant par la peau, le poumon ou le tube digestif des drogues variées, l'école de l'Infirmerie Spéciale, qui voit défiler les toxicomanes de notre capitale a pu dresser, en quelque sorte, expérimentalement, une carte des électivités de chaque toxique, alcool, essences, opium, cocaïne, chloral, etc... Il serait vain de rappeler ici les visions terrifiantes, souvent zoopsiques de l'alcoolique, ses hallucinations professionnelles, les hallucinations cutanées des cocaïnomanes, etc... Dans les confusions mentales infectieuses ou auto-toxiques, les phénomènes automatiques ne sont pas rares, et varient considérablement dans leurs allures cliniques.

D'une manière générale, dans les confusions, l'automatisme auditif et surtout l'automatisme supérieur, ont, sans être rares, un rôle bien plus effacé que dans les psychoses à base d'automatisme essentiel. D'autre part, l'automatisme visuel a un caractère de vérité, de réalité tel que les malades tendent la main vers les êtres imaginaires qu'ils voient ; par là, les hallucinations visuelles confusionnelles s'éloignent incontestablement des hallucinations visuelles des automatiques essentiels, lesquelles ont un si curieux caractère d'artificialité.

Cependant, nous pensons que l'automatisme confusionnel peut être rapproché de l'automatisme essentiel. Sans doute, il est d'un autre ordre, mais cela s'explique par la nature des agents pathogènes, dont nous venons d'indiquer l'électivité pour tel ou tel automatisme. Le ou les agents de l'automatisme essentiel, encore mal connus (mais sûrement différents de ceux de l'automatisme confusionnel, sinon quant à leur nature du moins quant à leur mode d'action), ont, cela est naturel, une topographie différente dans leur agression du système nerveux.

⁂

Dans *l'épilepsie* qui par certains côtés s'apparente, nous l'avons dit, aux confusions mentales, l'automatisme mental n'est pas d'une extrême rareté. Négligeons, pour l'instant, les cas où l'épilepsie est symptomatique d'une lésion cérébrale grossière, tumeur ou autre. Négligeons aussi ceux où l'automatisme physiologique libéré par la comitialité, interprété par un paranoïaque, aboutit à des idées d'influence. M. Ardin-Delteil (Montpellier, 1900), qui signale déjà le caractère « automatique » de la comitialité, en étudie les manifestations sensitivo-sensorielles. Il distingue des phénomènes visuels, auditifs, olfactifs, gustatifs. Dans chaque catégorie, on trouve à côté des phénomènes élémentaires, des hallucinations indiscutables et quelquefois fort différenciées. Ces phénomènes sont surtout signalés dans l'*aura*, mais ils existent aussi à titre d'équivalents remplaçant la crise. Dans ce dernier cas, l'étude en est plus difficile, parce que l'état crépusculaire la gêne fréquemment. C'est aussi cet état crépusculaire qu'il faut accuser de notre connaissance imparfaite, des phénomènes d'automatisme supérieur, dans la comitialité essentielle.

L'automatisme pathologique se présente aussi chez les épileptiques avec des caractères plus ambigus: une de nos malades épileptique à crises et à équivalents lors d'un premier placement, vit ensuite s'espacer ses paroxysmes en même temps qu'apparaissaient, de plus en plus nombreuses, des manifestations d'automatisme pathologique où les phénomènes supérieurs prédominaient ; tout cela sans signes de lésions grossières du système nerveux. De tels faits doivent être notés et réservés pour une interprétation ultérieure.

⁂

Parmi les *démences,* toutes peuvent entraîner l'automatisme pathologique symptômatique.

Il est cependant assez rare dans la *démence sénile* et la *démence artério-scléreuse.* Dans la *maladie d'Alzheimer,* M. Lhermitte note les hallucinations auditives et visuelles à titre de phénomènes confusionnels. Mais dans un cas très intéressant de cette maladie, cet auteur signale des hallucinations visuelles en rapport avec une lésion des voies optiques ayant amené la cécité complète.

Dans la *paralysie générale,* tous les neuro-psychiatres ont pu étudier des cas d'automatisme pathologique sous forme d'hallucinations auditives surtout. Signalons des bouffées hallucinatoires avec agitation (dûes probablement à un élément confusionnel surajouté), mais aussi de véritables psychoses hallucinatoires chroniques. Par exemple nous suivons depuis plus de quatre ans un paralytique général, à état démentiel relativement peu prononcé et d'évolution lente qui, plus d'un an après le début de son affection, commença à entendre des voix insultant la vertu de sa fille. Depuis lors, ces phénomènes se poursuivent intensément, toujours dans le même sens, sans grande constructivité délirante.

Il existe aussi des manifestations d'automatisme supérieur chez les paralytiques généraux. Mais, nous l'avons dit plus haut, leur étude demande des sujets propres à une introspection relativement délicate et se trouve très difficile chez un dément, ou même un pré-dément (1).

⁂

Cette question de l'automatisme pathologique dans la paralysie générale nous amène à parler de l'automatisme pathologique dans la *syphilis;* il existe des cas signalés par M. Laignel-Lavastine et par M. Heuyer où, sans signes neurologiques ni biologiques de lésions syphilitiques du névraxe, de l'automatisme pathologique apparaît chez un syphilitique assez récent. La filiation des phénomènes, de l'avis même des auteurs, est incertaine. Pourtant, les résultats thérapeutiques

(1) La bibliographie des formes automatiques de la paralysie générale se trouve très soigneusement indiquée dans un récent travail de M. Heuyer, auquel nous préférons renvoyer purement et simplement le lecteur. C'est aussi là qu'il faudra puiser les références relatives à l'automatisme dans les tumeurs cérébrales.

semblent montrer la dépendance des phénomènes psychopathiques et de l'infection.

***

Quant aux cas d'automatisme pathologique hallucinatoire, visuels ou auditifs en particulier, qui résultent de lésions grossières du système nerveux, ils sont nombreux et ont trait surtout à des cas de tumeurs cérébrales. La localisation de la tumeur semble jouer un certain rôle dans le tableau clinique : les hallucinations visuelles résultent de tumeurs qui détruisent ou irritent les voies optiques en des points variables de leur trajet (1). Des hallucinations olfactives et gustatives peuvent exister chez les porteurs de tumeurs hippocampiques. Des tumeurs pariétales ont pu amener des hallucinations tactiles et cœnesthésiques. Les tumeurs temporales amènent des hallucinations auditives. Il faut rappeler l'observation classique de M. Sérieux : une plaque de méningite syphilitique localisée amène des hallucinations chez un paralytique général. Nous même, avec M. Bataille, avons publié un cas d'automatisme auditif chez une sourde verbale pure.

***

L'automatisme pathologique se manifeste aussi dans des affections organiques du système nerveux à lésions plus discrètes et plus diffuses.

Dans l'*hypertension intra-cranienne* des méningites séreuses (en dehors des cas où cette hypertension résulte d'une grosse lésion, d'une tumeur par exemple), M. Claude et son école ont signalé l'apparition de l'automatisme pathologique. Cet automatisme est curable dans la mesure même où l'hypertension l'est par la ponction lombaire ; la récidive de celle-ci amène la récidive de celui-là.

Nous avons vu l'automatisme auditif résulter d'une insuffisance complexe thyro-ovarienne avec myxœdème acquis de l'adulte. Il est vrai qu'un élément confusionnel auto-toxique semble dans ce cas avoir joué un rôle. Plus démonstratif

---

(1) M. Ludo van Bogaert a récemment rapporté une très complète observation anatomo-clinique de sensations visuelles élémentaires dans une encéphalite algomyoclonique avec cécité. Après réflexion, cette observation ne nous semble pas à conserver dans le cadre de l'automatisme pathologique.

encore était le cas de psychose hallucinatoire chronique consécutive à l'ovariotomie que nous avons publié avec M. Pierre Combemale.

⁂

Enfin, nous devons aussi signaler ici les hallucinations auditives ou visuelles qui résultent d'une irritation par sclérose ou tumeur des voies sensorielles extra-cérébrales et aussi les hallucinations cœnesthopathiques qui résultent de lésions bien visibles: tuberculose pulmonaire, cancer utérin, sympathome, tabès, polynévrite, etc... La limite de ces hallucinations avec l'interprétation délirante de phénomènes douloûreux ou paresthésiques est vague. L'hallucination, avons-nous dit plus haut, suppose un ébranlement ectopique. Une ulcéreuse qui dit qu'on lui pique l'estomac accuse-t-elle une sensation, qui réponde à cette exigence ? On peut en discuter et conclure un peu à volonté. En réalité, le départ entre automatisme pathologique et interprétation intuitive physiologique est ici à peu près impossible. Ce sont des cas de transition.

⁂

Dans cette très rapide revue de l'automatisme pathologique symptomatique, nous avons sûrement négligé des détails importants. Nous nous en excusons d'avance ; mais il importait de montrer que le syndrome étudié ici n'a pas toujours une origine mystérieuse comme dans ses manifestations essentielles. Il est de nombreux cas où nous en saisissons facilement l'étiologie, sinon la pathogénie; et cela est important.

Mais, dira-t-on, il est tant de différences cliniques entre les deux ordres de phénomènes ! Il en est tout autant entre l'intoxication mercurielle aiguë et le mal de Bright. Cependant, le syndrome de rétention azotée se développe dans l'un et l'autre cas. Le délirant halluciné chronique et l'alcoolique zoopsique ont précisément en commun ce fait qu'indubitablement en quelque endroit leur machine nerveuse a agi en l'absence de son excitant normal, toute seule, semble-t-il, automatiquement.

D'ailleurs, les faits intermédiaires ne manquent pas non plus. Préférablement à nos observations personnelles, longues à exposer et toujours discutables, relisons les observations classiques des maîtres, et par exemple l'expertise Pierre R. de

Régis; supprimons-en les aveux d'alcoolisme et les signes physiques notés par l'illustre clinicien: nous avons le tableau clinique d'un délire hallucinatoire essentiel, chronique et systématisé ; et cependant, l'automatisme auditif y est nettement en rapport avec l'intoxication. Relisons aussi l'observation Louise C. de M. Claude: sans le manomètre, l'absence presque complète de tout signe d'hypertension intra-cranienne eut fait peser le diagnostic de délire hallucinatoire chronique essentiel.

Notre rôle n'est pas de séparer rigoureusement automatisme essentiel et automatisme symptomatique, mais bien de diminuer de plus en plus le domaine du premier au profit de celui du second. Tout malade qui change de camp voit s'ouvrir devant lui le champ des espoirs thérapeutiques.

## V

## LES CAUSES DE L'AUTOMATISME PATHOLOGIQUE

Quelles sont les causes de l'automatisme pathologique et comment agissent-elles ? Ce double problème étiologique et pathogénique est certes la partie la plus obscure de notre étude, sauf cependant pour l'automatisme symptomatique dont nous connaissons, cela va de soi, les agents et les lésions, sinon le mécanisme par lequel il naît. L'obscurité règne surtout sur les causes de l'automatisme essentiel.

***

Elles ne peuvent être que de deux sortes : morales ou physiques. Nous ne faisons nullement fi des causes dites *morales*. Nous savons trop l'influence de l'émotion sur toutes les fonctions organiques. Nous savons trop que la constitution de l'adolescent contient en puissance l'accès maniaque ou le délire d'imagination. Mais dans le cas présent, nous cherchons en vain une cause morale. Les émotions, les chagrins, le surmenage ne sont pas notés avec une fréquence particulière dans les antécédents des automatiques essentiels. Nous ne voyons pas non plus comment une tendance psychologique constitutionnelle pourrait réaliser le syndrome. Il faudrait réellement

torturer les faits cliniques pour imaginer une telle explication qui n'entraînerait guère la conviction.

Restent les causes physiques. Nous sommes assez disposé pour notre part, à penser que les recherches doivent être dirigées dans ce sens. Notre maître insiste chaque année dans son enseignement, sur l'importance des *signes physiques* du délire hallucinatoire chronique: tremblement, fibrillation des muscles du visage, instabilité vaso-motrice, etc. Il ne semble pas que ces symptômes puissent être mis sur le compte du retentissement mental des phénomènes sensoriels: ce sont plutôt de petits signes de menues lésions nerveuses.

MM. Sérieux et Capgras ont été assez affirmatifs pour parler d'une étiologie auto-toxique du délire hallucinatoire chronique. C'est peut-être aller un peu loin. M. de Clérambault fait de l'automatisme essentiel un syndrome réalisable par bien des intoxications et des infections: « Le processus hallucinatoire chronique est une séquelle lointaine d'infections aiguës oubliées ou même passées inaperçues: diphtérie, fièvre typhoïde, encéphalite épidémique, grippe, troubles puerpéraux, syphilis ayant évolué sans paralysie générale et sans foyers. Il peut être aussi le résultat d'une intoxication chronique, soit exogène (alcool, café), soit endogène (troubles endocriniens, spécialement basedowisme, ménopause naturelle ou chirurgicale). La revue statistique des cas montre de tels antécédents dans une proportion si élevée, qu'ils apparaissent comme cause majeure du processus, les conditions d'innéité ne comptant que comme prédisposantes au moins dans la plupart des cas. »

Que de telles causes puissent réaliser une psychose hallucinatoire chronique, cela n'est pas contestable. Nous avons pris position à ce sujet dans le chapitre précédent. Mais il faut reconnaître que dans la très grande majorité des cas l'étiologie ne se laisse pas saisir aussi facilement. Que cette majorité doive être diminuée de plus en plus au profit de la minorité, c'est une très grande probabilité. Le fait actuel n'en est pas moins que la cause tangible de la plupart des délires hallucinatoires chroniques nous échappe. Quant aux constatations statistiques de M. de Clérambault, elles recherchent un nombre si grand de maladies si fréquentes, que vraiment l'on se demande si beaucoup de sujets, même parmi les plus sains, ont échappé aux facteurs supposés du délire hallucinatoire chronique.

En un mot, nous pensons qu'il faut prendre l'avis de M. de Clérambault comme une hypothèse très vraisemblable, mais encore à démontrer par les recherches ultérieures.

Une comparaison est possible à ce propos entre l'automatisme pathologique et l'épilepsie. Les deux syndromes existent sous deux formes différentes: ils peuvent être l'expression symptomatique de lésions nerveuses ou viscérales évidentes, et ils peuvent aussi avoir des causes fort obscures, voire complètement inconnues. Car nous pensons que les lésions de l'épilepsie essentielle ne sont en général rien moins que bien connues: la gliose, invoquée généralement, ne nous a souvent pas paru sensiblement plus marquée que chez les autres nerveux chroniques; et d'après les travaux récents, il faudrait plutôt diriger les recherches vers le système autonome, à moins que ce ne soit vers la cytoarchitectonie corticale. Malgré cette ignorance étiologique et anatomique, parlons-nous alors d'épilepsie psychogène ? Non pas, nous extrapolons et assimilons le syndrome comitial essentiel au syndrome comitial symptomatique, réduisant d'ailleurs de jour en jour le syndrome essentiel. Cette technique épistémologique bonne pour l'épilepsie, nous semble devoir être retenue pour l'automatisme pathologique; tous ceux qui ont contribué à l'étude de l'automatisme symptomatique, ont ainsi ramené les recherches psychiatriques aux disciplines de la médecine générale. Il importe de continuer dans cette voie.

***

Nous venons de dire que la genèse de l'automatisme essentiel est étrangère aux déviations constitutionnelles de l'esprit. Cela veut-il dire que cet automatisme soit uniquement sous la dépendance de facteurs acquis ? Non, certes, car on ne saurait nier, comme M. Rogues de Fursac l'indique, le rôle certain que joue l'hérédité dans cette étiologie. La notion d'infection ou d'intoxication n'élimine pas les facteurs héréditaires ou congénitaux. La chorée chronique semble être une encéphalite toxique et cependant elle a un caractère de fatalité familiale. Notre comparaison avec l'epilepsie est encore de mise ici, puisque dans les deux syndromes automatisme et comitialité, l'hérédité et la congénitalité jouent un rôle capital avec l'appoint souvent très important des facteurs acquis.

L'automatisme pathologique appelé faute de mieux « essentiel », nous semble intermédiaire entre les psychopathies hérédo-congénitales et les psychopathies acquises.

⁂

Et nous en arrivons au mode d'action de ces causes, à la *pathogénie* de l'automatisme pathologique. Il y a plus de trente ans devant ce même Congrès, M. Séglas présentait sur cette question un remarquable rapport limité aux phénomènes auditifs. Bien réservées étaient ses conclusions. Depuis, neurologistes et psychiatres ont beaucoup travaillé, mais combien peu avons-nous à ajouter aux résultats de M. Séglas ! Son rapport pourrait presque être daté de cette année. Reprenons cependant les théories pathogéniques en cours, sur l'automatisme pathologique.

⁂

La théorie *psychologique* de l'automatisme, est un véritable Protée : chaque psychologue qui l'adopte lui donne une apparence nouvelle et il nous faudrait des pages d'explications bien obscures souvent, pour donner un faible aperçu de cette diversité. Cela est d'ailleurs inutile, car nous pensons que toute théorie psychologique de l'hallucination est d'avance frappée de stérilité.

Seule est utile à la psychiatrie cette psychologie « de plein pied », immédiatement accessible à tout « honnête homme », comme celle qui définit la constitution paranoïaque par exemple : la lumineuse clarté de l'explication s'impose alors sans discussion. Mais on ne peut trouver de mécanisme psychologique simple à l'automatisme pathologique, cela nous paraît prouvé. Ceux qui cherchent de ce côté, sont donc obligés d'entasser les abstractions, ce qui n'aboutit qu'à obscurcir de plus en plus la question.

S'attaquer par la psychologie aux problèmes de la perception pathologique, c'est s'obliger à étudier en général la perception en elle-même. On se heurte ainsi à un « irrationnel », selon l'expression de M. Meyerson, dont l'œuvre puissante doit être le bréviaire du chercheur moderne. Leibnitz, dans sa *Monadologie,* par l'apologue du moulin (lequel apologue contient d'ailleurs en raccourci tout le début de *Matière et Mémoire*), montre clairement que nos connaissances de l'ana-

tomie et de la physiologie des voies acoustiques, par exemple, ne pourront jamais nous faire comprendre comment naît la perception auditive normale, qui échappe ainsi à l'explication spatiale, la seule qui soit. Le problème de la perception en soi est un problème métaphysique et à ce titre la perception pathologique n'est pas mieux partagée que la normale.

En réalité, nos efforts doivent tendre à chercher une connaissance des voies de la perception pathologique, comparables à celle que nous avons de la perception normale. D'où part l'excitation ? Où aboutit-elle ? Par quels faisceaux ? Voilà des problèmes solubles. Quant à savoir comment un ébranlement nerveux produit une perception dans la conscience, comment l' « extensif » se traduit en « intensif », c'est, répétons-le, une argumentation qu'il faut laisser aux métaphysiciens.

A l'heure actuelle, les psychologues tendent à faire dériver l'automatisme pathologique d'une dissociation de la personnalité avec regroupement arbitraire des facultés. Tel est le résumé que l'on peut tirer de nombreuses théories, d'ailleurs souvent contradictoires. Nous pouvons indiquer, dès maintenant, que cette dissociation de la personnalité, ce regroupement arbitraire des facultés, nous semblent être des manifestations d'automatisme supérieur. Or, peut-on dire que l'automatisme supérieur soit à l'origine des autres automatismes ? Nous verrons plus loin que non.

⁂

Les théories *physiques*, comme on pourrait les appeler, s'opposent aux théories psychologiques.

Il ne semble pas que l'irritation des expansions terminales des nerfs sensitifs puisse toujours suffire à produire une hallucination. Elle peut, du moins y collaborer d'une façon importante. Il semble qu'on puisse en dire autant des relais sensitifs ou moteurs, ces « purgatoires », de la sensation ou du mouvement.

En réalité, l'automatisme pathologique doit résulter d'une lésion complexe, intéressant à la fois le cortex et les étages inférieurs. La neurologie actuelle montre d'ailleurs que les éléments du système nerveux présentent des sympathies morbides non seulement par voisinage anatomique mais encore par relation physiologique. La pathologie de système tend à

prendre de plus en plus d'importance. Les divers automatismes pathologiques traduisent sans doute des lésions systématiques.

Cette conception a été défendue avec ampleur par M. de Clérambault en une doctrine que nous allons exposer rapidement et critiquer.

⁂

Le syndrome « basal » qui est le noyau de l'automatisme mental (automatisme pathologique), a pour éléments principaux: « les échos, les non-sens, les paresthésies de tout ordre, les phénomènes psycho-moteurs et les inhibitions de tout genre » (ce syndrome fondamental est surtout formé, on le reconnaît, d'éléments empruntés à l'automatisme supérieur que nous avons décrit plus haut). Il résulte d'un foyer d'irradiation (de siège variable) et d'une « sensibilisation physiologique (habitudes abolies, usage récent) » ou plus souvent pathologique. « Toute lésion locale ou diffuse semble devoir être par elle-même une cause de sensibilisation pour les régions avoisinantes et pour les voies y aboutissant ». « Toutes choses se passent comme si des fuites de courant exaltaient les éléments inférieurs de la sphère mentale au détriment du courant principal chargé d'alimenter les données supérieures ». Cette dérivation renforce ces fuites selon une sélection « en raison inverse de la valeur des éléments dans la hiérarchie ». « L'irritation supposée irradie par cycles préformés ; autrement dit des associations physiologiques servent au courant dans quelque mesure comme directions préférentielles ».

Et cette irritation, avec sensibilisation, et dérivation, aboutit à la constitution de la Personnalité Seconde : « l'irritation non seulement élargit ses zones d'influence, mais s'avance elle-même, portée par les lésions histologiques, dans un trajet serpigineux projetant des prurits dispersés, puis de plus en plus confluents. A l'ensemble des connexions physiologiques constituant un réseau normal, base matérielle de notre personnalité, se juxtapose et se substitue un réseau second graduellement plus étendu et plus compact. Le processus qui primitivement exaltait des points isolés, exalte actuellement des systèmes; des lots d'idées sont constitués qui vont s'exploiter comme d'eux-mêmes ».

« Une bonne partie de la systématisation des délires est spontanée et s'organise dans l'inconscient: c'est une erreur de croire qu'elle est due à un travail conscient tardif ».

Enfin, M. de Clérambault décrit de façon pittoresque le ménage, plutôt pire que meilleur, que forment les deux personnalités, la seconde amplifiant, déformant, dégradant les mouvements de la première à laquelle en revanche elle fournit des hallucinations et des intuitions (1). La personnalité première perd de plus en plus du terrain à mesure que le malade avance vers l'état terminal.

⁂

Tel est l'ensemble de la conception de M. de Clérambault. Précisons maintenant quelques points de détail.

« Les hallucinations doivent avoir pour siège des zones comptant parmi les plus élevées, de celles où siège la représensation du moi et dont l'inhibition engendre les idées de négation corporelle, la perte de la vision mentale, etc. Les hallucinations du siège le plus central, ou du moins les plus proches du centre, doivent être les plus complexes en soi, et le plus souvent associées ». Cela explique « la solidarité du triple automatisme ». « Aucune région ne semble actuellement devoir être exclue de celles affectées par l'automatisme ». « Le *primum patiens* dans l'hallucination, ne sera le plus souvent ni central, ni périphérique, mais intermédiaire et d'ailleurs, en général, très proche du centre. »

C'est pourquoi les hallucinations présentent souvent un caractère d'étrangeté. Il semble qu'une « kinesthésie intraneurale » perçoive que l'irritation est ectopique.

Enfin, M. de Clérambault pense que « les causes de la dérivation peuvent être cherchées dans les troubles de la chronaxie », appuyant sur ce point les idées de M. Guiraud. Les phénomènes négatifs résulteraient d' « interférences ».

⁂

---

(1) Cette conception des échanges entre les deux personnalités, exprime de façon imagée des faits cliniques bien connus : l'activité délirante et passionnelle exacerbe, cela est indiscutable, l'automatisme pathologique. A ce propos, nous parlions dans notre thèse de cercle vicieux.

Ce résumé ne saurait donner, à lui seul, l'impression du prodigieux remous d'idées que constitue la doctrine de M. de Clérambault. Il peut tout au moins servir de fil directeur dans l'étude plus complète que le lecteur voudra en faire. Mais un rapporteur est malheureusement surtout un critique, et nous ne pouvons pas ne pas soulever quelques objections. Nous sommes d'autant plus à l'aise pour les faire que globalement nous nous sommes affirmé partisan des idées de l'auteur.

⁂

Pour étayer une doctrine pathogénique, il faut généralement grouper des faits cliniques, étiologiques, physiologiques, anatomiques, etc... Or, sur l'automatisme pathologique (et surtout sur l'automatisme essentiel), quels documents possédons-nous ?

Des documents cliniques en abondance, au premier rang desquels brillent ceux de M. de Clérambault par la rigueur de leur étude et l'originalité de leur discussion; de rares documents étiologiques; peu ou pas de documents physiologiques et anatomiques.

Aussi, pensons-nous que la théorie anatomo-physio-pathologique très complète que M. de Clérambault nous propose, manque de bases suffisantes.

Trop souvent, nous y relevons des expressions telles que : « ce processus que par métaphore et peut être aussi avec vérité nous appelons dérivation » et (à propos des troubles probables de la chronaxie): « ils nous fournissent des métaphores précisant celles empruntées à l'idée de courant; et ces métaphores qui se superposent si exactement aux faits psychiques, pourraient bien être l'exact énoncé des faits physiques ». Ces citations pourraient permettre de supposer que M. de Clérambault s'est exposé au reproche que M. Pierre Janet faisait naguère à d'autres: « De quel droit employer un langage qui laisse supposer que vous vous êtes servi du scalpel et du microscope, et que vous avez résolu un problème colossal d'histologie et de physiologie cérébrale ? »

Il semble bien que M. de Clérambault ait seulement traduit anatomo-physiologiquement la notion psychologique de dissociation de la personnalité, en employant les expressions de : réseau second, dystonie chronaxique, kinesthésie intra-neurale, etc. Or, tous ces termes représentent chacun une hypo-

thèse qui n'a pour ainsi dire pas subi le moindre commencement de vérification (1).

⁂

Enfin, il semble que l'auteur ait un peu dépassé son but : visant à expliquer le mécanisme de la personnalité pathologique, il en arrive en fait indirectement à expliquer aussi le mécanisme de la pensée normale (qui constitue encore un irrationnel, comme dirait M. Meyerson) en nous initiant à la genèse anatomo-physiologique des idées délirantes. Et cette critique est importante parce qu'il ne nous semble pas exact de dire que l'organisation du délire est primitivement un fait inconscient, explicable par le même mécanisme que l'hallucination. M. de Clérambault, avec beaucoup de talent, a lui-même montré la si curieuse attitude explicative des hallucinés chroniques au début, et d'ailleurs ni l'automatisme supérieur du syndrome « basal », ni la dissociation de la personnalité ne sont observables dans maints cas de psychose hallucinatoire chronique. La dissociation, comme nous l'avons montré dans notre thèse, résulte au contraire, souvent, de l'évolution des hallucinations et du délire qu'elles amènent. Nous avons tous observé que l'apparition de l'automatisme pathologique provoque chez le malade l'explication exogène par une interprétation (bien concevable, vu l'étrangeté du phénomène). Le mécanisme de cette explication relève d'un automatisme physiologique tout naturel, accompagné plus ou moins d'une attitude quasi-scientifique de l'esprit.

Si les faits n'autorisent pas à placer toujours le syndrome « basal » à l'origine de l'automatisme mental, l'instinct scientifique nous indique aussi que ses éléments, constitués surtout par de l'automatisme supérieur, seront les plus difficiles à expliquer, si même cette explication est jamais possible. Il est probable, au contraire, que des recherches patientes arriveront un jour à nous faire connaître le point de départ et les voies des phénomènes sensitivo-sensoriels ou moteurs, au moins dans leurs manifestations les plus simples.

⁂

(1) Cependant, il s'en faut qu'elles soient invraisemblables. Des faits de pathologie médullaire trop longs à exposer ici seraient peut être explicables par une kinesthésie intra-neurale. D'autre part, M. Daniel Santenoise nous a parlé de recherches (inédites encore, pensons-nous) qui tendraient à confirmer l'hypothèse des troubles de la chronaxie.

M. de Clérambault (d'accord sur ce point avec les pensées kræpelinienne et bleulérienne) réunit en une pathogénie d'ensemble à base d'automatisme, le délire hallucinatoire chronique et la démence précoce. Mais, dans la démence précoce, dit-il, les phénomènes positifs grossiers (tels que les impulsions) et les phénomènes négatifs inhibiteurs, dominent et amènent rapidement l'anéantissement de la personnalité première, l'état terminal, par le mécanisme suivant: « Les lésions finissent par supprimer tout rendement, les associations logiques disparaissent; mais les cadres syntactiques persistent, manipulant correctement des mots vides. »

Pourquoi ces phénomènes chez les jeunes, et les délires chez les autres ? A cette question (posée depuis longtemps par Kræpelin), M. de Clérambault répond par ses trois lois, de la Hauteur (les cellules les plus inférieures de l'axe nerveux se défendent le mieux), de l'Age (les cellules nerveuses basses ou élevées se défendent d'autant mieux que l'organisme est plus âgé), de la Massivité (elles se défendent d'autant plus complètement que l'attaque à repousser est plus lente).

Dans la démence précoce, l'attaque serait massive et l'organisme jeune. Cela expliquerait la gravité du tableau clinique.

⁂

Pour nous, comme M. Claude dans son travail capital de l'an dernier, nous pensons que dans la démence précoce il y a lieu d'établir une subdivision et nous distinguons (réserve faite de notre conception syndromique de la schizophrénie):

1° la démence vraie des jeunes gens (celle des premiers auteurs français) psychopathie anatomique qui n'a rien à voir ici ;

2° l'exagération d'une schizoïdie constitutionnelle en une schizophrénie, psychopathie physiologique, qui ne nous intéresse pas pour l'instant;

3° la schizophrénie acquise, d'origines mal connues, qui semble particulièrement visée par l'explication de M. de Clérambault.

Or, il n'est pas douteux que des faits cliniques nombreux existent, qui autorisent un rapprochement entre cette troisième variété de démence précoce et le délire hallucinatoire chronique; cliniquement, la transition entre les deux ordres de

manifestations morbides est insensible. Mais nous devons nous rappeler que la clinique n'est que la traduction extérieure des phénomènes qui constituent la maladie et qu'elle ne peut nous autoriser complètement à rapprocher deux tableaux morbides au point de vue biologique.

Naguère nous séparions délire hallucinatoire et démence précoce au nom de l'anatomie pathologique, les lésions de la démence précoce étant connues, celles du délire, non. Mais la lecture des travaux ultérieurs, et aussi notre expérience personnelle, nous ont montré que la doctrine anatomo-pathologique de la démence précoce est loin d'être définitivement assise.

Cette différence capitale disparaissant, il est séduisant de penser que démence précoce et délire hallucinatoire chronique peuvent être dans une certaine mesure rapprochés au point de vue pathogénique. Les remarques cliniques de M. de Clérambault sur le dosage des phénomènes subtils et des phénomènes déficitaires, selon l'âge du malade, sont extrêmement suggestives à cet égard.

***

Enfin, il conviendrait d'étudier à la lumière de la notion d'automatisme, les obsessions, les impulsions obsessives et les craintes obsessives. Cela serait d'autant plus intéressant que la parenté entre le délire hallucinatoire chronique et certaines formes d'obsessions est indéniable.

Mais il conviendrait de définir rigoureusement ces états morbides, ce qui n'est pas aisé. Une idée fixe acceptée par le sujet ne doit pas être considérée comme une obsession. D'autre part, certaines idées fixes que le sujet repousserait volontiers, ne résultent pas d'un automatisme pathologique, mais bien du jeu normal de l'automatisme physiologique. Un scrupuleux constitutionnel, par exemple, importuné par la pensée d'avoir oublié le timbre en mettant une lettre à la poste, présente un souci normal dont l'importance s'exagère du fait de la constitution morbide du sujet.

Enfin, souvent, le phénomène obsédant a un caractère d'absurdité, d'incongruence tel qu'on ne peut guère le mettre que sur le compte d'un automatisme pathologique. Un de nos sujets ne pouvait se déshabiller sans déboutonner puis rebou-

# TABLE DES MATIÈRES



---

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé)*. — 34.424